Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese der Psoriasis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Rudolf Hilbing,
approb. Arzt aus Crefeld.

München, 1905.
Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Beitrag zur Aetiologie und Pathogenese der Psoriasis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

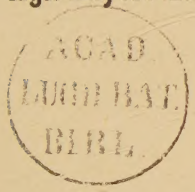
gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München



vorgelegt von

Rudolf Hilbing,

approb. Arzt aus Crefeld.

München, 1905.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent: Herr Prof. Dr. Ritter von Bauer.

Meinen Eltern

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552301_0110

Zu den vielen Hautkrankheiten, deren Ätiologie wir noch nicht kennen, gehört die Psoriasis. Die Psoriasis ist schon sehr lange bekannt. Celsus hat eine kurze Beschreibung der Psoriasis gegeben; er hält sie für eine Spezies der Impetigo. Die Araber klassifizieren die Psoriasis neben Lichen, Psora und Lepra Graecorum unter Usagro, was in der Übersetzung soviel als Impetigo bedeutet. Robert Willan nimmt drei Variationen der Krankheit an, die er unter dem Namen Lepra vulgaris, Lepra Alphos, Lepra nigricans beschreibt. Die schuppichte Psora nennt er Psoriasis und beschreibt sie als eine Krankheit, die sich durch einen rauhen und schuppichten Zustand der Epidermis auszeichnet. Der Autorität Willans wagte man nicht Widerspruch zu bieten, wenngleich Alibert sagte, dass er den schreckenerregenden Ausdruck Lepra für diese wenig bedeutungsvolle Krankheit nicht angemessen finde. Erst Hunt sprach sich mit voller Entschiedenheit dafür aus, dass die Lepra und Psoriasis Willans ein und dieselbe Krankheit sei. Gleichwohl haben zahlreiche französische Dermatologen die Trennung Willans beibehalten. Die deutschen Autoren entschieden sich für die Bezeichnung Psoriasis, die auch seit Hebra die allein gültige geworden ist.

Die Ätiologie der Schuppenflechte ist bis heute in Dunkel gehüllt. Wir verfügen über eine Anzahl von Theorien über die Ursache dieser Erkrankung, die im folgenden Darlegung finden sollen.

Parasitäre Theorie: Gewisse klinische Merkmale der Psoriasis legen den Gedanken nahe, sie sei durch einen Pilz erzeugt, eine Dermatomycose: so die Form der Erkrankung (Beginn mit punktförmigen Herden, peripheres Wachstum, in vielen Fällen zentrale Abheilung), ihr Sitz im Zellenstratum der Haut, das Freibleiben der Schleimhäute. Nach dem Erreger wurde eifrigst gesucht, so von Lang, Wertheim, Wolff, Eclund, Bizzozero, de Matei. Nach Wertheim war es das Penicillium glaucum, nach Lang das Epidermidophyton, nach Eclund das Lepocolla repens. Nachuntersuchungen dieser Angaben führten zunächst zu widersprechenden Ergebnissen; manche Autoren konnten bestätigende Befunde erheben, andere verhielten sich ablehnend. Die Bemühungen, bei Tieren eine der Psoriasis gleichartige Affektion zu erzeugen, sind resultatlos geblieben (Lassar, Tommasoli). Eine Reihe von klinischen Tatsachen scheint für die Übertragbarkeit der Schuppenflechte von Kranken auf Gesunde zu sprechen: Erkrankung eines Ehemannes nach mehrjährigem Zusammenleben mit einer psoriatischen Frau (M'Call, Anderson), Erkrankung der Kinder einer Familie, nachdem eine psoriatische Amme ins Haus gekommen (Unna); ähnliche Beobachtungen sind von anderen Autoren berichtet worden. Auch wir konnten in zwei Fällen feststellen, dass Geschwister kurz nacheinander an Psoriasias erkrankten, ohne dass die Eltern etwa an Schuppenflechte gelitten hätten.

Dyskrasische Theorie: Bazin betrachtete die Psoriasis als eine meist vererbte, konstitutionelle Diathese, die entweder arthritischen oder herpetischen Ursprungs ist. Nach Gaucher sind die verschiedenen mit der Psoriasis einhergehenden Äusserungen in den Organen nicht als Coincidenz, sondern als Äusserungen ein und derselben Diathese aufzufassen. Sowohl die Hauterkrankung als auch

die Affektion der inneren Organe seien der Ausdruck einer und derselben allgemeinen Ursache, einer chronischen Autointoxikation. Als Beweis führt Gaucher Beobachtungen an, dass häufig nach raschem Schwinden einer Psoriasis schwere dyspeptische Störungen, hartnäckige Bronchitiden auftreten, die sofort nach dem Wiedererscheinen der Psoriasis schwinden. Wir konnten in keinem unserer Fälle dies feststellen. Weiterhin ist in einer Reihe von Fällen auf die Coincidenz der Psoriasis mit gichtischen Erkrankungen hingewiesen worden. Schon bei Galen findet sich die Bemerkung, dass mehrere der „schuppichten" Hautkrankheiten von Podagra und rheumatischen Beschwerden herrührten. Auch Robert Willan hat dies beobachtet. Rosenthal dagegen stellt eine Beziehung zwischen Psoriasis und Rheumatismus in Abrede. Kaposi spricht überhaupt nur von rheumatischen Gelenkschmerzen bei Psoriasis. Nach Jarisch kommen Gelenksaffektionen bei Psoriasis häufiger vor, als durch Zufall entstanden angenommen werden könnte. K. Grube berichtet über neun Fälle, von denen in sieben eine Komplikation von Psoriasis und Gicht, in drei von Psoriasis und Diabetes vorhanden waren. Von diesen neun Fällen waren acht Engländer.

E. Rasch fand unter 147 Fällen 21 mal eine rheumatische Disposition oder Arthritis deformans bei dem Kranken oder in der Familie.

Gerstle (Berlin) fand bei 975 Psoriatikern manchmal einen Zusammenhang mit Gicht und Diabetes. Nach Bulkley sei die Psoriasis nicht eine örtliche, sondern eine konstitutionelle Krankheit, die von der Beschaffenheit des Blutes abhängt, so der Gicht ähnlich. Wir konnten bei unseren Psoriatikern keinmal Gicht, jedoch sechsmal Rheumatismus feststellen, was für unser Material 20% ausmacht.

Neuropathische Theorie: Weyl hielt es für das

Wahrscheinlichste, dass die Psoriasis in einer funktionellen Schwäche des die Hauternährung regulierenden nervösen Zentrums begründet sei; diese Schwäche sollte hereditär erworben sein.

Tilbury Fox vertrat die Anschauung, dass bei Psoriasis die trophischen Nerven eine grosse Rolle spielen.

Nach Polotebnoff ist die Psoriasis eines der vielfältigen Symptome einer vasomotorischen Neurose, bei der sich Störungen in der Blutzirkulation, wie sie in den verschiedenen Organen vorkommen, bisweilen auch auf die Haut erstrecken. Alle Psoriatiker sollen angeblich abnorme Erscheinungen des Nervensystems, namentlich vasomotorische und funktionelle Störungen in Bezug auf die Herztätigkeit, Temperatur und Schweiss aufweisen; ausserdem kommen bei ihnen Muskelatrophien, Striae der Haut, Gelenk- und Knochenerkrankungen zur Beobachtung. Als Hauterkrankung ist die Psoriasis nur selten vererbt, dagegen erhält eine grosse Zahl von Psoriatikern ein abnormes Nervensystem zum Erbteil.

Nach Ansicht Bouffés ist die Psoriasis eine Trophoneurose, die ihren Sitz in den nervösen Zentren, besonders im Sympathicus, hat. Bezüglich ihres Ursprungs sind grosse Analogien mit der Neurasthenie vorhanden, die ebenfalls in Störungen im cerebro-spinalen Nervensystem ihren Grund hat. Bei beiden Affektionen liegt eine Verminderung der Nervenaktivität vor, charakterisiert durch stark verminderte Ausscheidung der Phosphate. Bei der Psoriasis findet sich ausserdem Eosinophilie.

Neuestens ist Kuznitzky für die neuropathische Theorie mit Eifer eingetreten. Nach ihm wird nicht die Psoriasis selbst vererbt, sondern die Disposition. Das disponierende Element ist ein abnorm reizbares Nervensystem. Die Arthropathien bei schwerer Psoriasis sind wahrscheinlich auf die-

selbe Ursache zurückzuführen, wie die Psoriasis selbst. Die Hyperämie ist das Primäre bei der Pathogenese der Psoriasisefflorescenzen. Die Hyperämie ist als angioeretischer Vorgang aufzufassen. Die die Schuppenflechte manchmal begleitenden, schon erwähnten Gelenksaffektionen sind von den Anhängern der neuropathischen Theorie gleichfalls zu Gunsten derselben verwertet worden. Nach Bourdillon kommen Gelenksaffektionen in etwa 50% der Fälle zur Beobachtung. Er fasst die Gelenkserkrankung als eine nervöse auf. Als eine weitere Stütze der neuropathischen Theorie wird die beobachtete Coincidenz von Psoriasis und Asthma bronchiale ins Feld geführt (Fälle von Bulkley, Hölscher).

Manchmal zeigen Psoriasisefflorescenzen lineare Anordnung, dem Verlauf der Nerven folgend — als nervöse Erkrankung. Sehr zahlreich sind endlich Beobachtungen, in denen der Ausbruch der Psoriasis in engem Zusammenhang mit einer Gemütsbewegung zu stehen scheint. So haben Batemann psychische Aufregungen, Anderson geistige Überanstrengung von langer Dauer, tief deprimierende Gemütsaffekte, bei Kindern schlechte Kost den Ausbruch der Psoriasis, aber nur bei vorhandener Disposition, hervorrufen gesehen. Besnier hat Psoriasis nach Schreck, Neumann bei vorher gesunden Personen infolge psychischer Einflüsse, Hardy nach heftigem Ärger beobachtet. Auch auf reflektorischem Wege kann eine derartige ungünstige Beeinflussung des Nervensystems stattbaben. Polotebnoff führt die Fälle von Psoriasis nach Lactation und die Zunahme und Rötung der Plaques bei der Menstruation auf derartige Wirkungen zurück. Aspar sieht in der Lues ein ursächliches Moment für Psoriasis. Das syphilitische Virus soll im Zentralnervensystem solche Veränderungen hervorrufen, durch welche eben die psoriatischen Erscheinungen auf der Haut entstehen. Die Psorias wäre in solchen Fällen als eine postsyphilitische

Erkrankung aufzufassen, hervorgerufen durch die Reizung eines zentralen Nervenganglions.

Auf Grund unseres Materials können wir feststellen, dass die Psoriasis fast nur bei kräftigen, gesunden Leuten vorkommt. Es fanden sich bei ihnen keine nervösen Störungen. Unter den 30 Fällen konnte einmal Tuberkulose und in zwei anderen Fällen Herzfehler festgestellt werden. Es fanden sich keine Arthropathien, kein Asthma und keine sonstigen nervösen Störungen. Ein Patient führt allerdings seine plötzlich entstandene Psoriasis auf Schreck zurück, indem er einem Psoriatiker die Hand gegeben und als er die Krankheit sah, sehr erschrocken gewesen sei. Lues konnte dreimal festgestellt werden. Ob die Psoriasis als eine Nachkrankheit der Lues aufzufassen sei, dürfte jedoch sehr zweifelhaft sein.

Koebner'sche Theorie: Koebner hat darauf aufmerksam gemacht, dass man bei psoriatischen Individuen an gesunden Hautstellen durch Reizung derselben (Tätowierung, Impfung etc.) Psoriasisefflorescenzen hervorrufen könne. Er nimmt an, dass eine eigentümliche, in dem Hautorgan selbst gelegene Disposition der Psoriatiker vorhanden sein müsste. Diese Disposition ist meist nachweisbar hereditären Ursprungs, zuweilen erworben, kann jahrelang latent bleiben und reagiert auf die verschiedensten inneren und lokalen Reize stets in jener chronischen Entzündungsform der Haut, die wir eben Psoriasis nennen. Dieser Anschauung ist auch Rosenthal beigetreten. Es erklärt sich hieraus bis zu einem gewissen Grade das Vorkommen an den Prädilektionsstellen, da gerade Ellenbogen und Knie, überhaupt die Streckseiten, am meisten einer Verletzung ausgesetzt sind. Von zwei unserer Patienten wird angegeben, dass die Psoriasis zuerst nach einem mechanischen Insult entstanden sei und zwar soll die Psoriasis an der verletzten Stelle zuerst entstanden sein.

Heredität: Man findet häufig die Angabe, dass die Psoriasis familienweise auftritt, respektive, dass die Dispositon zur Psoriasis sich von Generation zu Generation vererbt. Dieser Gedanke hat auch in den ätiologischen Vorstellungen Wurzel gefasst. Man spricht von einer ererbten Disposition der Haut, von ererbter Schwäche u. s. w. Nach Kaposi ist die Heredität als das einzige ätiologische Moment anzusehen, indem man selten einen Psoriatiker trifft, ohne dass eines seiner Eltern oder ein Familienglied in aufsteigender oder einer Seitenlinie nicht auch an dem Übel litte oder gelitten hätte. Nach Erasmus Wilson ist die Heredität 30%, nach Rosenthal 15%. Nach Lesser konnte in 50% der Fälle konstatiert werden, dass die Psoriatiker von Familien abstammen, in denen die Krankheit in aufsteigender Linie nachweisbar war. Polotebnoff konnte sie in 64 Fällen nur dreimal nachweisen. Besnier lässt die Psoriasis häufiger spontan als durch Vererbung entstehen, da die Zahl der Psoriatiker viel grösser wäre, wenn sie regelmässig vererbt würde. Jarisch schliesst sich Besnier an. Die Disposition sei nur vererbbar. Worin diese bestehe, in einem abnorm reizbaren Nervensystem, in Stoffwechselanomalien, in einer eigentümlichen, in der Haut selbst gelegenen Eigenschaft, auf die verschiedensten inneren oder lokalen Reize zu reagieren, sei vorläufig nicht zu beantworten. Wir konnten in unseren Fällen fünfmal Heredität nachweisen. Das macht für unser Material $18^2/_3$% Heredität.

Es ergibt sich aus dem Vorhergehenden, dass keine der Theorien über genügende Stützen verfügt, keine imstande ist, den anatomischen und klinischen Symptomenkomplex völlig zu erklären. Zwar konnten wir in $18^2/_3$% Heredität nachweisen. Am meisten wahrscheinlich dünkt uns die neuropathische Theorie, die die Ätiologie in ein abnorm reizbares Nervensystem verlegt. Nicht die Psoriasis selbst ist vererbbar, sondern nur die Disposition.

Klinisches. Das Aussehen der psoriatischen Efflorescenzen ist so bekannt, dass eine genauere Schilderung des Krankheitsbildes unnötig ist. Was die subjektiven Beschwerden anbelangt, so klagten unsere Patienten fast ohne Ausnahme über Jucken und Spannen der Haut, das besonders des Nachts infolge der Bettwärme und im Sommer beim Schwitzen manchmal recht stark wurde. Es waren fast nur kräftige gesunde Leute, die befallen waren. Der Stoffwechsel war in jeder Beziehung normal.

Der Symptomenkomplex kann sich Wochen und Monate auf der Höhe halten. Die spontane oder durch therapeutische Massnahmen herbeigeführte Rückbildung erfolgt in der Weise, dass eine Ausbreitung der einzelnen Plaques in die Peripherie nicht mehr wahrnehmbar ist, der Rand verändert seine Farbe vom Hellrot ins Braunrot, die basale Rötung und Infiltration geht zurück, die Schuppen werden dünner, lockerer und schliesslich schwinden die Plaques mit Hinterlassung einer bräunlichen Pigmentation oder ohne jede Spur. Die bräunliche Pigmentation soll besonders in den Fällen vorkommen, die mit Arsen behandelt waren. Zwei von unseren Patienten gaben dies zu. Manchmal bleiben auch an ursprünglich pigmentierten Stellen, wie am Halse, in der Bauch- und Lendengegend, pigmentlose Stellen zurück, die in ihrem Aussehen an das Leucoderma syphiliticum erinnern. Wir konnten dies bei einer Patientin in ausgedehntem Masse über die Bauchgegend konstatieren.

Nach Kaposi findet sich zuweilen bei Psoriatikern eine mangelhafte Beölung der Haut. Die Talgdrüsen secernieren nicht.

Auftreten, Verlauf: Die Psoriasis tritt meist zwischen dem 5. und 25. Lebensjahre auf, ausnahmsweise früher. Es liegen Beobachtungen vor, nach denen bei Kindern in den ersten Lebenswochen und Monaten Erscheinungen der Schuppen-

flechte konstatiert wurden. Solche Mitteilungen verdanken wir Rille, Kaposi, Neumann, Elliot. Grosz ist der Ansicht, dass eine erste Eruption bei Erwachsenen zu den Seltenheiten gehöre. Dem steht Lesser gegenüber. Nach Nielsen fing die Psoriasis an in 44% vor dem 15. Jahre, in 15% zwischen dem 15.—20. Jahre, in 22,4% zwischen dem 20.—30. Jahre, in 2,7% im Alter von 50 Jahren und darüber.

Nach Nielsen tritt also die Krankheit noch in 25,1% bei Erwachsenen auf. In unserem Material trat die Krankheit auf in 40% vor dem 15. Jahre, in 23,3% zwischen dem 15.—20. Jahre, in 33,3% zwischen dem 20.—30. Jahre. Wir stimmen also mit Nielsen ziemlich überein. Aus diesen Zahlen ist zu erkennen, dass die Psoriasis in einem grösseren Prozentsatz vor dem 15. Lebensjahre beginnt, dass jedoch der Beginn der Psoriasis bei Erwachsenen noch in einem Durchschnitt von 25—30% vorkommt.

Die Psoriasis verläuft bei den Kranken sehr verschieden. Wir konnten bei dem einen Patienten ein Recidiv, bei dem anderen zwei, bei wieder anderen sechs bis sieben feststellen. Die Psoriasis verschwand bei dem einen trotz wiederholter Behandlung nie, bei dem anderen ohne jede Behandlung. So ist der Verlauf ein ganz verschiedener.

Auch die Jahreszeit soll nach verschiedenen Autoren eine Rolle spielen. So verlegt Jarisch die Neuausbrüche meist in Frühjahr oder Herbst. Auch Grosz ist dieser Ansicht. Aus unserem Material ist zu erkennen, dass die Psoriasis an bestimmte Jahreszeiten nicht besonders gebunden ist. In 23,3% wurde angegeben, dass die Jahreszeit überhaupt keine Rolle spiele, in 26,2% wurde das Frühjahr besonders hervorgehoben, in 20% der Winter, in 18,2% der Sommer. Aus diesen Zahlen ist also eine bestimmte Jahreszeit für das Auftreten der Psoriasis nicht zu erkennen.

Die Angaben über die Häufigkeit der Schuppenflechte schwanken. Sie ist nach

Hebra	gleich	50 : 3000	Hautkranken
Devergie	„	280 : 1800	„
Wilson	„	73 : 1000	„
Anderson	„	282 : 4074	„

Nach Martin macht sie in St. Louis über 3% der Hautkranken, in England über 7%. Gerstle (Berlin) fand 6,1%.

Nach Lesser konnte bei gewissen Rassen, bei denen die Eheverbindungen in engerem Kreise stattfinden, bei Juden z. B., häufiger Psoriasis konstatiert werden.

Die Angaben über die Häufigkeit nach den Geschlechtern sind keine übereinstimmenden. Jedoch überwiegt sicher das männliche Geschlecht.

Gerstle fand von 975 Erkrankten 829 Männer und 146 Frauen, Hebra fand von 50 Erkrankten 33 Männer und 17 Frauen, Bader fand von 333 Erkrankten 287 Männer und 46 Frauen.

Im Gegensatz hierzu steht Wilson, bei dem ein Überwiegen des weiblichen Geschlechtes fast um die Hälfte vorkommt. Abraham fand unter 355 Psoriatikern 133 Männer und 222 Frauen.

In unserem Material überwiegen jedenfalls die Männer. Es fanden sich unter 30 Psoriatikern 23 Männer und 7 Frauen.

Aus diesen und ähnlichen Angaben würde sich eine nach bestimmten Ländern wechselnde Häufigkeit und verschieden starkes Befallensein der Geschlechter ergeben, eine Tatsache, die auch bei anderen chronischen Dermatosen zu ermitteln ist.

Wir wollen nunmehr gewisse Lokalisationen der Schuppenflechte gesondert besprechen.

Psoriasis des behaarten Kopfes. Der behaarte Kopf ist nicht regelmässig, aber jedenfalls sehr häufig an dem psoriatischen Prozesse mitbeteiligt. In leichteren Fällen ist diese Beteiligung der Kopfhaut eine nur geringgradige, das Bild entspricht dann etwa dem einer Leborrhoea sicca. Jedoch kommt die typische Psoriasisefflorescenz auch auf der Kopfhaut vor. Wir fanden bei denjenigen unserer Patienten, die keine typischen Plaques auf dem Kopfe hatten, fast überall eine Leborrhoe, die teilweise sehr stark war, in einem Falle auch auf die Augenlider überging. Die Haare waren meist sehr trocken, spröde und standen nicht sehr dicht. Was die Haarfarbe anbelangt, so fanden sich meist blonde Haare und zwar waren von 30 Fällen 27 blond, 1 grau, 1 schwarz (Russe). Ferner fanden wir eine rothaarige Patientin. Gerstle beobachtete unter seinen 975 Fällen keine einzige Rothaarige. Die Irisfarbe war in 43,3% braun, in 30% grau, in 26,7% blau.

Psoriasis der Nägel. Die Psoriasis der Nägel ist keine besonders häufige Erkrankung. Es fanden

Jadasohn-Rath	unter	71	Fällen	15	mal	Psoriasis unguium
Schütz	„	100	„	17	„	„ „
Rosenthal	„	200	„	4	„	„ „

Wir fanden unter unseren Fällen einmal die Angabe, dass bei einer früheren starken Eruption sämtliche Nägel ergriffen waren und abgegangen seien.

Man kann im allgemeinen unterscheiden Fälle von Psoriasis mit sekundären Veränderungen der Nägel, die nichts Charakteristisches haben; ferner Fälle mit Tüpfelerkrankung der Nägel, endlich Psoriasisfälle ohne Nagelerkrankung.

Die primäre, durch Psoriasis bedingte Nagelerkrankung ist nach Schütz die Psoriasis der Nagelmatrix; Erkrankungen der Nagelplatte (infolge einer im Nagelbett aufgetretenen

Psoriasis) kommen durch sekundäre Mitbeteiligung des Nagels zustande.

Die für die Psoriasis nicht charakteristischen Nagelveränderungen sind solche, wie sie auch bei anderen Dermatosen zur Beobachtung kommen, also: Weisse Flecken in der Nagelsubstanz, Opackwerden der Nagelplatte, Auftreten von Quer- und Längsfurchen und von quer- und längsstehenden Verdickungen, Brüchigwerden der Nagelsubstanz, hauptsächlich in ihren distalen Partien, Verbiegungen etc.

Im Gegensatz hierzu steht jenes charakteristische Bild, das unter den Bezeichnungen „Tüpfelpsoriasis“ (Schütz), «état pointillé» (Besnier), „Grübchenpsoriasis“ (Radt) zur Beschreibung gelangt ist. Es handelt sich hierbei um eine grössere oder kleinere Anzahl bald in Querreihen nebeneinander stehender, bald unregelmässig über einen Teil oder über die Gesamtoberfläche der Nagelplatte verteilter kleinster, grübchenförmiger Vertiefungen an der Oberfläche des Nagels, die selbst im übrigen ganz normal oder auch noch nebenbei rissig gefurcht, gestrichelt etc. sein kann. Wir konnten in keinem unserer Fälle diese Tüpfelpsoriasis nachweisen.

Psoriasis der Schleimhäute. Von verschiedenen Autoren ist ein Zusammenhang von Psoriasis vulgaris mit Leucoplacia oris konstatiert worden. Lissauer fand unter 50 Fällen von Psoriasis zehnmal Leucoplacie oris, Schwimmer unter 20 Fällen von Leucoplacia oris zweimal Psoriasis. Ob diese Leucoplacia oris jedoch mit der Psoriasis zusammenhängt, ist nicht festgestellt.

Kaposi und Lesser geben an, niemals Psoriasis der Schleimhäute gesehen zu haben. Lang dagegen gibt eine Schleimhautpsoriasis zu.

Als Begleiterscheinungen der Schuppenflechte sind auch Erkrankungen der Augen beschrieben worden und zwar Conjunctivitis, Hornhautentzündung mit oberflächlichen Ge-

schwüren, Iritis (Morax, Soueix), endlich psoriatische Plaques, die vom äusseren Lide auf die Conjunctiva palpebrarum übergriff.

Atypien der Lokalisation. Ausser jenen Fällen, in denen die charakteristischen Lokalisationsherde befallen sind, gibt es solche, die einen völlig invertierten Typus aufweisen: Freisein der Streckseiten, Befallensein der Beugeseiten. Palma manus und Planta pedis, die sich sonst einer hervorragenden und differentialdiagnostischen wichtigen Immunität gegen den Psoriasprozess erfreuen, können Krankheitserscheinungen aufweisen (Bulkley, Besnier, Rosenthal, Rille). Als sekundäre Bildungen sind Warzen und Epitheliome auf dem Boden von Palmar- und Plantarpsoriasis zur Beobachtung gelangt.

Kombination mit anderen Hauterkrankungen. Eine grosse Fülle von Einzelbeobachtungen liegt auf diesem Gebiete vor. Es seien hervorgehoben die Kombination der Psoriasis mit Ekzem, mit Lichen ruber planus, mit Dermatitis exfoliativa, Herpes zoster, Variola, Scarlatina, Morbilli, Erysipel, Scabies, Lues, Akne u. s. w. Wir konnten in einem Falle eine Kombination von Psoriasis und Ekzem konstatieren. Auf der Brust sassen zwischen den Psoriasisefflorescenzen zahlreiche nässende Ekzemstellen.

Kombination mit Allgemeinerkrankungen. Im allgemeinen gilt die Anschauung, dass die Psoriasiskranken gesunde, kräftige Individuen zu sein pflegen. Schon bei Erörterung der ätiologischen Momente haben wir Gelegenheit genommen, auf divergente Anschauungen und Beobachtungen hinzuweisen, so beispielsweise auf die gichtische Veranlagung solcher Patienten, ihre neuropathische Konstitution.

Wir sahen unter unseren 30 Fällen einmal eine Kombination mit einseitiger Lungenspitzentuberkulose. Rasch (Kopenhagen) fand unter 147 Fällen 16 mal = 18% Tuber-

kulose. Zweimal fanden wir eine Kombination mit Herzfehler (Mitralinsufficienz und Mitralstenose), in zwei Fällen eine Kombination mit Diabetes. Von einigen Autoren wird hingewiesen, dass Psoriasis zuweilen mit Diabetes verbunden ist. Nagelschmidt stellte infolgedessen Untersuchungen an, ob ein Psoriatiker mehr zur Glykosurie neige als ein Gesunder. Er fand in 20% eine alimentäre Glykosurie. Pick hingegen fand bei 50 Psoriatikern nur zwei Fälle von alimentärer Glykosurie. In unseren zwei Fällen verschwand der Zuckergehalt des einen Patienten, als der Kranke auf zuckerfreie Kost gesetzt wurde. Der zweite Fall ist so interessant, dass er ausführlicher klargelegt werden muss.

Die 17jährige Elise Dobler hat vor sechs Jahren zum ersten Male Psoriasis gehabt. In den ersten drei Jahren ihrer Krankheit wurde sie nicht behandelt. Sie ging dann in Behandlung und wurde als geheilt entlassen. Vor zwei Jahren begann das Leiden von neuem, ohne dass sie behandelt wurde. Vor einem Jahr trat sie nicht wegen ihrer Psoriasis, sondern wegen eines Gelenkrheumatismus in das Krankenhaus ein. Da Psoriasis bestand, wurde sie gleichzeitig vier Wochen lang mit Chrysarobin behandelt. Vierzehn Tage nach der Behandlung stellte sich bei der Patientin Zucker im Urin ein. Auf zuckerfreie Kost gesetzt, nahm der Zuckergehalt ab und beim Austritt aus dem Krankenhause (vier Monate nach dem Eintritt) hatte Patientin keinen Zucker mehr im Urin. Jetzt nach sechs Monaten sucht sie wegen ihrer Psoriasis wieder das Krankenhaus auf und es findet sich ein starker Zuckergehalt im Urin. Patientin gibt an, in letzter Zeit sehr abgemagert zu sein. Im Harn ist 3,2% Zucker. Acetessigsäure und Aceton sind ebenfalls nachweisbar. Es ergibt sich nun die Frage, ist der Zuckergehalt im Urin ein zufälliger, oder hängt er mit der Psoriasis zusammen, oder ist er eine Folge der Behandlung mit Chry-

sarobin. Uns dünkt das letzte das Wahrscheinlichere, denn Patientin hatte beim Eintritt in das Krankenhaus keinen Zucker im Urin. Auch bei früherem Aufenthalt im Krankenhaus hatte sie keinen Zucker. Erst nach der Behandlung mit Chrysarobin zeigte sich plötzlich Zucker im Urin, der allerdings verschwand, jedoch bald in stärkerem Masse wiederkehrte. Es dürfte von Interesse sein, bei allen Psoriasiskranken, die mit Chrysarobin behandelt werden, auf Zucker zu fahnden, um vielleicht auch in anderen Fällen festzustellen, ob nicht der Zuckergehalt bei Psoriatikern, wie er von anderen Autoren angegeben wird, eine Folge der Behandlung ist.

Harn, Blut. Bulkley legt grossen Wert auf die Untersuchung des Urins bei der Psoriasis; sehr oft konnte er Hyperacidität konstatieren und zwar hauptsächlich in Fällen, die einen ausgesprochenen kongestiven Charakter trugen. Nach ihm ist der Harnstoff vermehrt, ebenso die Salze; sehr häufig treten Sedimente von Harnsäure, Uraten und oxalsauerem Kalk auf.

Gramattschikow fand die Quantität des Stickstoffes während des Ausschlages bedeutend vermindert (um 16,8 %). Die sehr verminderte 24stündige Harnmenge, die während der Entwicklung der Psoriasis zu beobachten ist, deutet auf eine bedeutend vermehrte Perspiration.

Bezüglich des Blutes hat Zelenew bei sechs Kranken den Hämoglobingehalt sowie die Zahl der roten und weissen Blutkörperchen ermittelt. Einer dieser Kranken blieb die ganze Beobachtungszeit unbehandelt, die anderen nahmen Arsen. Bei dem unbehandelten Kranken sank, während der Hautprozess sich ausbreitete, der Hämoglobingehalt des Blutes, um sich mit dem Abklingen der Hautaffektion wieder zu erheben. Während der ganzen Zeit waren niedrigere Werte als normal zu verzeichnen. Die roten Blutkörperchen

zeigten in ihrer Zahl dieselben Schwankungen. Die weissen Blutkörperchen waren zunächst vermehrt, dann nahm ihre Zahl langsam ab. Bei den mit Arsen behandelten Fällen waren gegenüber dem unbehandelten Kranken keine wesentlichen Differenzen nachweisbar.

Zu gleichen Ergebnissen haben die Untersuchungen von Quinquaud geführt.

Vermehrung der eosinophilen Zellen des Blutes wird von Canon und Zappert für je zwei Fälle angegeben.

Rille fand in einigen Fällen eine namhafte Vermehrung der eosinophilen Zellen, bei anderen hingegen trotz ziemlich ausgebreiteter Erkrankung nur normale Verhältnisse, Peter endlich findet in seinen Fällen keine Abweichung von der Norm.

Pathologische Anatomie. Die histologischen Befunde, die über die Psoriasis vorliegen, zeigen im grossen und ganzen gute Übereinstimmung und gewähren in ihrer Totalität ein anschauliches Bild all jener feineren Gewebsveränderungen, die wir bei dieser Erkrankung vorfinden können. Hingegen ist die Deutung der erhobenen Befunde insoferne eine vielfach widersprechende, als man über den Ort der primären Gewebsläsion zu einer einheitlichen Auffassung nicht gelangt ist.

Nach Hebra, Wertheim, Neumann, Kaposi, Kromayer ist der primäre Vorgang der Psoriasis gegeben in einem entzündlichen oder der Entzündung vergleichbaren Prozesse des Papillarkörpers. Schuppenbildung kommt zustande infolge der Ernährungsänderungen der Retezellen. Es bleibt die Keratohyalinbildung aus und die Kerne bleiben trotz fortschreitender Verhornung erhalten und färbbar. Die Papillen verlängern sich und es findet gleichzeitig eine Wucherung der Retezellen statt. Der Prozess geht aus von den subpapillären bezw. Papillargefässen.

Nach Unna findet die Bildung der Schuppe so statt:

Er verlegt die allerersten Veränderungen, die sich als Ödem der Übergangsschichten präsentieren, in die Nachbarschaft der Hornschicht, dem Träger der vermuteten, chemotaktisch wirkenden Krankheitserreger, der Morococcen.

Nach Munro beginnt die Erkrankung nach seinen an sechs unbehandelten Patienten gemachten Untersuchungen von 1500 Schnitten nicht im Corium, im Papillarkörper oder Rete, sondern fest an der Oberfläche der Hornschicht. Hier bildet sich nämlich eine kleine Erosion, die sich mit Leucocyten füllt. Also ein miliarer Abszess der Hornschicht bezeichnet mikroskopisch das Anfangsstadium der Psoriasis, dann erst hypertrophiert die Hornschicht unter diesem Abszesse und drängt ihn aus der Haut heraus — Anfang der Schuppenbildung. Die Leucocyten sterben währenddem ab, das Protoplasma verschwindet. Rings um einen solchen miliaren Abszess bilden sich fortwährend neue, die dieselben Veränderungen durchmachen; so kommt dann schliesslich die Schuppe zustande. Munro nimmt an, dass diese Abszesse bakterieller Natur sind, doch hat man bisher keine Mikroorganismen gefunden.

Nach der Auffassung mancher Autoren (Robinson, Jamieson, Auspitz) geht der Erkrankungsprozess vom Rete aus; die Psoriasis wäre demnach eine reine Epidermidose mit sekundären Veränderungen in der Cutis vasculosa.

Kommen wir zum Schluss unserer Betrachtungen, so sehen wir, dass über die Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis noch die verschiedensten Ansichten herrschen und es bedarf noch weiterer grosser Erforschungen, ehe wir zu einer einheitlichen Auffassung der Psoriasis gelangen.

Auf Grund unseres Materials können wir folgendes über die Psoriasis sagen:

1. Die Psoriasis ist eine verhältnismässig häufige Erkrankung der Haut.

2. Männer erkranken viel häufiger als Frauen.
3. Beginn der Psoriasis konnten wir in 40% vor dem 15. Lebensjahre konstatieren, in 33% zwischen dem 20.—30. Jahre, in den übrigen Fällen zwischen dem 15.—20. Jahre.
4. Jahreszeit spielt keine Rolle.
5. Einmal konnte Psoriasis auf Schreck, zweimal auf mechanische Ursache zurückgeführt werden.
6. Heredität fanden wir in 18$^2/_3$%. Ausserdem waren in zwei Fällen Geschwister erkrankt, ohne dass die Eltern an Psoriasis litten.
7. Die Patienten klagten fast ohne Ausnahme über starkes Jucken, das besonders nachts bei der Bettwärme und im Sommer beim Schwitzen stärker war.
8. Bei denjenigen Psoriatikern, die keine typischen Efflorescenzen auf dem Kopfe hatten, konnte mit wenigen Ausnahmen eine Seborrhoe festgestellt werden.
9. Die Haarfarbe war in 90% blond. Einmal sahen wir eine rothaarige Patientin mit Psoriasis.
10. In sechs Fällen konnten wir eine Kombination mit Arthritis rheumatica feststellen.
11. Eine Kombination mit Gicht sahen wir nie, dagegen zweimal mit Diabetes, von denen einer wahrscheinlich durch die Behandlung mit Chrysarobin entstanden war.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. Ritter von Bauer für die Übernahme des Referates, Herrn Prof. Dr. Posselt für die Überlassung des Materials und Herrn Oberarzt Dr. Jesionek für die Anregung zu dieser Arbeit und die liebenswürdige Unterstützung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Bouffé, Des rapports du Psoriasis avec la neurasthénie. Acad. des sciences. 19. August 1901.

Bulkley, On the restriction of meat in Psoriasis. Med. Rec. 1897.

Gerstle, Beitrag zur Kasuistik und Therapie der Psoriasis. Dermatol. Zentralblatt 1901. Heft 9.

Grosz, Psoriasis vulgaris im Handbuch der Hautkrankheiten, herausg. von Prof. Dr. Fr. Mracek VI. Abteil. Wien 1902.

Grube, Über Psoriasis im Zusammenhang mit Gicht u. Diabetes. Berlin. klin. Wochenschr. 1897, Nr. 52.

Jarisch, Die Hautkrankheiten. Wien 1900.

Kaposi, Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten. 1899.

Kuznitzky, Ätiologie und Pathogenese der Psoriasis. Arch. für Dermatologie. Bd. XXXVIII.

Lang, Lehrbuch der Hautkrankheiten. 1902.

Lesser, Lehrbuch der Hautkrankheiten. Leipzig 1900.

— Encyklopädie der Hautkrankheiten. Leipzig 1900.

Munro, Note sur l'histopathologie du Psoriasis. Ann. de dermat. Nov. 1898. Nr. 11.

Nagelschmidt, Untersuchungen über die Glykosurie bei Psoriatikern. Berlin. klin. Wochenschr. 1900. Heft 2.

Neisser, Handbuch der prakt. Medizin. 3. Bd. II. Teil. Die Hautkrankheiten.

Pick, Psoriatische Glykosurie. Berlin. klin. Wochenschr. 1901. Heft 3.

Rasch, Ätiolog. Notizen über 90 Fälle von Psoriasis. 1898.

Lebenslauf.

Ich, Rudolf Hilbing, bin am 16. Mai 1878 zu Crefeld als Sohn des Rentners Rudolf Hilbing geboren. Meine erste Schulbildung erhielt ich in Crefeld, besuchte dann das Gymnasium zu Crefeld, wo ich Ostern 1900 die Reifeprüfung bestand. Ich widmete mich dem medizinischen Studium. Im ersten Semester studierte ich in Heidelberg, vom zweiten bis zum fünften Semester in Berlin. Am Ende des vierten Semesters bestand ich dort die ärztliche Vorprüfung. Anfang des sechsten Semesters ging ich nach München und bestand hier im zehnten Semester am 23. Januar 1905 das Staatsexamen.

Laufende Nummer	Name, Stand, Alter	Erstes Auftreten	Wieviel Recidive?	In welcher Jahreszeit am stärksten?	Waren die Recidive gleich stark?	Welche Körperteile waren befallen?	Wie war die Behandlung?	Dyspeptische Beschwerden	Ätiologie: Ärger, Schreck, mech. Insult.	Heredität	Frühere Krankheiten	Haut-, Geschlechtskrankheiten	Wann begann die jetzige Erkrankung?	Besteht Jucken, Spannen der Haut?	Allgemeinzustand	1. Haarfarbe 2. Haardichte 3. Seborrhoe 4. Trockenheit d. Haares 5. Irisfarbe	Lokalisation der jetzigen Erkrankung	Bestehen Lungen-, Herzkrankheiten?	Harn	Verdauungstraktus	Reflexe	Gicht, Rheumatismus	Knochen-, Gelenkerkrankungen
1	Hartmann Barbara, Dienstmädchen, 24 Jahre	Vor 2 Jahren	2 Recidive	1 mal Herbst, 1 mal Sommer	Ja	Arme vorn und hinten, Brust, Rücken, Beine vorn u. hinten	Lenigallol. Chrysarobin	Nein	—	—	2 mal Pneumonie, 2 mal Erysipel	Lues Gonorrhoe	Vor 3 Monaten	Ja	Kleine, gesunde Person	1. blond 2. ja 3. nein 4. ja 5. blau	Streckseite der Arme, linkes Knie	Nein	spec. Gew. 1013 E — Z —	normal	normal	—	—
2	Schoder Joseph, Taglöhner, 29 Jahre	Vor 2½ Jahren	1 Recidiv	Frühjahr	Das 2. mal nicht so stark	Unterschenkel vorn und seitlich, Oberschenkel vorn, Rücken, Streckseite der Arme	Eurobin	—	—	—	—	—	Vor 6 Monaten	„	Kräftiger, gesunder Mann	1. blond 2. — 3. ja 4. — 5. grau	Unterschenkel vorn, Oberschenkel Rücken, Kopf	—	E — Z —	„	„	—	—
3	Asam Xaver, Metzger, 21 Jahre	Vor 6 Jahren	6 Recidive	„	Alle gleich	Unterschenkel, Oberschenkel, Arme, Kopf, Gesicht	Chrysarobin, Arsen, Teer, Eugallol	—	—	—	—	—	Vor 10 Tagen	„	Kräftiger Mann	1. blond 2. — 3. ja 4. trocken 5. blau	Unterschenkel vorn, hinten, Oberschenkel vorn, Streckseite der Arme Abdomen, Kopf	—	1024 E — Z —	„	„	—	—
4	Weigert Heinrich, Kaufmann, 20 Jahre	Vor 15 Jahren	1 Recidiv	Herbst	Ja	Rücken, Beine vorn u. hinten, Arme hinten	—	—	—	Vater litt an Psoriasis	Leichte Spitzentuberkulose, Gelenkrheumatismus, Pleuritis	—	Vor 3 Jahren	„	Blasser, ziemlich gut genährter Mann	1. blond 2. ja 3. ja 4. nein 5. braun	Kopf, Arme hinten, Rücken, Brust, Bauch, Ober-, Unterschenkel	H. O. feinblasiges Rasseln	1020 E — Z —	Appetit ist schlecht, Stuhlgang gut	„	—	—
5	Edenhofer Thekla, Dienstmädchen, 18 Jahre,	Vor 6 Jahren	6 Recidive	Jahreszeit spielt keine Rolle	Immer stärker	Ellenbogen beider Arme, Knie. Später Kopf, Rücken, Leib	Arsen. Zurückbleiben von braunen Flecken	—	—	—	—	—	Vor 3 Wochen	„	Leidlich guter Ernährungszustand, blasse Hautfarbe	1. blond 2. nein 3. ja 4. nein 5. grau	Am ganzen Körper mit Ausnahme von Gesicht, Handteller, Fussohlen	—	1020 E — Z —	normal	„	—	—
6	Ballester Alois, Schäfflergehilfe, 39 Jahre	Vor 26 Jahren	2 Recidive	Sommer	Ja	Knieschеibe, Schienbein, Ellenbogen, Vorderarm, Oberschenkel	—	—	—	—	—	Herpes-zoster	Vor 4 Wochen	„	Kräftiger Mann	1. blond 2. nein 3. ja 4. nein 5. braun	Beine vorn und hinten, Rücken, Brust, Arme, Gesicht, Kopf	—	1010 E — Z —	„	„	—	—
7	Grau Ludwig, Taglöhner, 54 Jahre	Vor 41 Jahren	Jedes Jahr fast 1 Recidiv	Keine Rolle	Bald stärker, bald schwächer	Arme, Beine	Arsen	—	—	—	Malaria, Scharlach, Nesselfieber	—	Vor 8 Wochen	„	Kräftiger, gesunder Mann	1. grau 2. ja 3. nein 4. ja 5. braun	Unterschenkel hinten, vorn, Oberschenkel vorn, Ellenbogen, Rücken	—	1018 E — Z —	„	„	—	—
8	Obermeier Joseph, Hausdiener, 25 Jahre	Vor 8 Monaten	1 Recidiv	Frühjahr	Ja	Kniee, Ellenbogen	Eurobin	—	—	—	Pneumonie, Gelenkrheumatismus	Gonorrhoe	—	Nein	„	1. braun 2. ja 3. nein 4. ja 5. braun	Ellenbogen, Kniescheibe	—	1022 E — Z —	„	„	—	—
9	Hauk Barbara, Dienstmädchen, 18 Jahre	Vor 14 Jahren	Jedes Jahr 1 Recidiv nur im Winter	Winter	„	Arme, Rücken, Brust, Beine	—	—	—	—	Scharlach	—	Vor 4 Wochen	Ja	Kräftiges, gesundes Mädchen	1. rot 2. ja 3. ja 4. ja 5. braun	Unterschenkel, Oberschenkel, Rücken, Brust, Arme	—	1035 E — Z —	„	„	—	—
10	Knöfel Justine, Dienstmädchen, 19 Jahre	Vor 2 Jahren	—	Mai—Juni	—	Arme, Brust, Beine vorn	Chrysarobin	—	—	—	Rhachitis, Fungus genn.	Lues Gonorrhoe	—	—	„	1. blond 2. ja 3. ja 4. nein 5. braun	Augenblicklich ohne Erscheinungen	—	1022 E — Z —	„	„	—	—
11	Burckhardt Georg, Taglöhner, 36 Jahre	Vor 8 Jahren	Krankheit verschwand nie ganz	Keine Rolle	Ja	Kopf, Beine vorn und seitlich, Hüften, Rücken	„	—	—	—	Gelenkrheumatismus, Pneumonie, Angina	—	—	Ja	Kräftiger, gesunder Mann	1. blond 2. dicht 3. sehr stark 4. — 5. braun	Unterschenkel vorn und seitlich, Kniee, rechte Hüfte, Rücken, Brust, Ellenbogen, Gesicht	—	1022 E — Z —	„	„	Gelenkrheumatismus	—
12	Dann Valentin, Zimmermann, 19 Jahre	Vor 10 Jahren	1 Recidiv	Frühjahr	Nein	Beine, Arme, Kopf, Rücken	Ars., Teer. Nach d. Arsenbehandlung blieben braune Flecken zurück	—	—	—	—	—	Vor 6 Wochen	Ja, bei Bettwärme	„	1. blond 2. nein 3. ja 4. ja 5. grau	Unterschenkel vorn, Kniee, Oberschenkel hinten, Rücken, Leib, Arme, Kopf	—	1017 E — Z —	„	„	—	—
13	Nehmeyer Georg, Bäcker, 27 Jahre	Vor 12 Jahren	Krankheit verschwand nie	Winter	Gleich	Beine, Arme hinten, Rücken, Gesicht, Kopf	Chrysarobin	—	—	—	—	Lues Gonorrhoe	Seit 2 Monaten wieder stärker	—	„	1. blond 2. nein 3. ja 4. — 5. grau	Beine, Ellenbogen, Leib, Gesicht	—	1005 E — Z —	„	„	—	—
14	Wirth Leopold, Taglöhner, 17 Jahre	Vor 9 Jahren	Verschwand nie ganz	„	—	Ganzer Körper	—	—	—	—	—	—	Seit 1 Jahr wieder stark	—	„	1. blond 2. dicht 3. ja 4. — 5. blau	Ganzer Körper	Mitralinsufficienz	1022 E — Z —	„	„	—	—
15	Roemisch Alois, Schlosser, 21 Jahre	Vor 17 Jahren	2 Recidive	—	—	Unterschenkel vorn, Kniee, Ellenbogen, Leib	—	—	Patientin verbrannte sich im 4. Jahre am l. Knöchel. Da entstand zuerst die Psoriasis	—	Peritonitis	—	Seit 14 Tagen	Ja, besonders auf dem Kopfe	„	1. blond 2. dicht 3. ja 4. — 5. blau	Kopf, Unterschenkel vorn	—	—	„	„	—	—
16	Einstein, Pferdehändler	Vor 7 Jahren	1 Recidiv	Keine Rolle	—	Ganzer Körper	Chrysarobin, Pyrogallussalbe, Arsen	—	Patient gibt an, dass das Leiden plötzlich nach Schreck entstanden sei	Ein Onkel hat d. Leiden gehabt und seine Schwester	—	—	Seit 6 Monaten	—	„	1. blond 2. — 3. ja 4. — 5. grau	Ganzer Körper	—	—	„	„	—	—

Tabelle (Fortsetzung).

Laufende Nummer	Name, Stand, Alter	Erstes Auftreten	Wieviel Recidive?	In welcher Jahreszeit am stärksten?	Waren die Recidive gleich stark?	Welche Körperteile waren befallen?	Wie war die Behandlung?	Dyspeptische Beschwerden	Ätiologie: Ärger, Schreck, mech. Insult.	Heredität	Frühere Krankheiten	Haut-, Geschlechtskrankheiten	Wann begann die jetzige Erkrankung?	Besteht Jucken, Spannen der Haut?	Allgemeinzustand	1. Haarfarbe 2. Haardichte 3. Seborrhoe 4. Trockenheit d. Haares 5. Irisfarbe	Lokalisation der jetzigen Erkrankung	Bestehen Lungen-, Herzkrankheiten?	Harn	Verdauungstraktus	Reflexe	Gicht, Rheumatismus	Knochen-, Gelenkerkrankungen
17	Wimmer Ludwig, Metzger, 20 Jahre	Seit 4 Wochen	—	—	—	—	—	—	Es soll im Anschluss an ein Trauma entstanden sein	—	—	—	—	—	Kräftiger, gesunder Mann	1. blond 2. — 3. ja 4. — 5. blau	Streckseite der Extremitäten, Rücken, Leib	—	1027 E — Z —	normal	normal	—	—
18	Reitmayer Xaver, Dienstknecht, 24 Jahre	Vor 5 Jahren	2 Recidive	Sommer	Ja	Ganzer Körper	Arsen und lokale Behandlung	—	—	—	—	—	Seit 1 Jahr	Ja, besonders beim Schwitzen	„	1. blond 2. — 3. ja 4. — 5. grau	Am ganzen Körper	—	1015 E — Z —	„	„	—	—
19	Reischl Ludwig, Taglöhner, 29 Jahre	Vor 8 Jahren	5 Recidive	„	Immer stärker	Knie, Ellenbogen	Teer-Schwefelseife, Chrysarobin	—	—	—	Ikterus	—	Seit $2^1/_2$ Jahren	Ja, besonders nachts	„	1. blond 2. — 3. ja 4. — 5. blau	Waden, Kniee, Arme	—	1020 E — Z —	„	„	—	—
20	Jahreiss Karl, cand. ing., 23 Jahre	Seit 11 Jahren	10—12 Recidive	Winter	Nicht immer gleich stark	Vom Schienbein aus über den ganzen Körper	Chrysarobin, Teer	—	Er meint, dass das Leiden durch Temperaturwechsel entstanden sei, da Patient bis zum 9. Jahr in Amerika lebte	Vater und Grossmutter mütterlicherseits hatten Psoriasis	—	Urticaria	Nie ganz verschwunden gewesen	—	„	1. blond 2. — 3. ja 4. — 5. grau	Auf dem ganzen Körper	—	1015 E — Z —	„	„	—	—
21	Söldner Kaspar, Taglöhner, 26 Jahre	Seit 6 Jahren	Leiden verschwand nie ganz	Sommer	—	Ellenbogen, Kniee	—	—	—	Ein Bruder hatte das Leiden	Pneumonie	Nässendes Ekzem	Seit 4 Wochen stärker	Ja, beim Schwitzen	„	1. blond 2. nein 3. Seborrhoe 4. — 5. grau	Ellenbogen, Knie, Brust	—	1010 E — Z —	„	„	—	—
22	Müller Johann, Schutzmann, 26 Jahre	Vor 8 Jahren	1 Recidiv	Frühjahr	—	Streckseite der Extremitäten, Kniee	Arsen, weisse Präcipitatsalbe	—	—	Zwei Brüder haben Psoriasis	—	—	Vor 5 Jahren	„	„	1. braun 2. nicht sehr dicht 3. ja 4. — 5. grau	Streckseite der Extremitäten	—	—	„	„	—	—
23	Weber Johann, Kutscher, 25 Jahre	Seit 2 Jahren	2 Recidive	Winter	—	Unterschenkel, Ellenbogen, Kopf	Eurobin, Arsen	—	—	—	—	—	Seit 4 Wochen	„	„	1. schwarz 2. dicht 3. ja 4. — 5. braun	Linker Unterschenkel, Ellenbogen, Rücken, Kopf	—	1019 E — Z +	„	„	—	—
24	Gassler August, Steindrucker, 30 Jahre	Seit 8 Jahren	3 Recidive	„	—	Zuerst an den Beinen	Arsen, Chrysarobin. Zinkpaste	—	—	—	Pneumonie, Gelenkrheumatismus	—	Seit $^1/_2$ Jahr	Ja, besonders nachts	„	1. braun 2. dicht 3. sehr stark 4. — 5. braun	Streckseite der unteren Extremität, Ellenbogen, Kopf, Rücken, Dorsalseite des Fusses	—	1022 E — Z —	„	„	—	—
25	Böhm Anna, Dienstmädchen, 23 Jahre	Seit 16 Jahren	„	Frühjahr	—	Vom Ellenbogen aus über den ganzen Körper	Chrysarobin, Arsen	—	—	—	Gelenkrheumatismus	—	Seit 3 Monaten	—	Mässiger Ernährungszustand mit blasser Hautfarbe	1. braun 2. — 3. sehr stark 4. — 5. grau	Ellenbogen, Rücken, Oberschenkel, Kopf	—	1025 E + Z — Starkes sed. lacteritium	Appetit schlecht	„	—	—
26	Conrads Theodor, Schenkkellner, 26 Jahre	Seit 13 Jahren	15 Recidive. Dauer 4—5 Wochen. Das letztemal 6 Monate	Keine Rolle	—	Ganzer Körper	Jede Therapie versucht. Das letztemal sind alle Nägel abgegangen	—	—	—	—	—	—	Früher Jucken. Seitdem der Kranke mit Atoxyleinspritzungen behandelt wurde, kein Jukken mehr	Mittelmässig gebauter Mann	1. braun 2. dicht 3. wenig Schuppen 4. — 5. braun	Ueber den ganzen Körper	—	1020 E — Z —	„	„	—	—
27	Romanow, stud. med., 25 Jahre	Seit 1 Jahr	—	Frühjahr	—	Ellenbogen, Unterschenkel, Kniegelenk	Teersalbe, Arsen	—	—	Mutter soll das Leiden haben	Pneumonie, Pleuritis	Blepharitis seborrhoica	—	Früher bestand Jucken	Kräftiger Mann	1. braunschwarz 2 nicht dicht 3. ja 4. — 5. braun	Ellenbogen, Unterschenkel, Kniegelenk	—	E — Z —	„	„	—	—
28	Wiebelt Georg, Schlosser, 30 Jahre	Vor 14 Jahren	1 Recidiv	Sommer	—	Ganzer Körper	Chrysarobin, Pyrogallol, Arsen	—	—	—	Scharlach, Nephritis, Pneumonie, Diphtherie, Gelenkrheumatismus	—	—	Ja, besonders nachts	Mittelmässig gebauter Mann mit blasser Hautfarbe	1. blond 2. nein 3. ja 4. ja 5. braun	Arme, Dorsalfläche der Hand, Kniee, Schienbein, Rücken, Bauch, Brust, Gesicht, Kopf	An der Spitze systol. Geräusch (anämisches)	1018 E — Z —	„	„	—	—
29	Dobler Elise, Dienstmädchen, 17 Jahre	Vor 6 Jahren	„	Keine Rolle	Ja	Ellenbogen, Schenkel, Kniee, Rücken, Brust, Kopf	Chrysarobin, Teer, Arsen	—	—	—	Gelenkrheumatismus, Chlorose	—	Vor 2 Jahren	—	Kleine, blasse Patientin von noch leidlich gutem Ernährungszustand	1. blond 2. nein 3. ja 4. — 5. grau	Arme hinten, Kniee, Schenkel, Gesäss, Kopf	Mitralstenose	1029 E — Z + 3,7 Acetessigs. } + Aceton }	„	„	—	—
30	Listl Frieda, Modell, 19 Jahre	Als Kind zum ersten Male	—	„	—	Ellenbogen, Kniee, Bauch	Nie behandelt	Nach Abheil. blieben leucodermatische Flecken zurück	—	Mutter, Grossvater, ein Bruder, eine Schwester haben Psoriasis	Gelenkrheumatismus	Gonorrhoe	—	Zuweilen besteht Jucken	Gut genährte, aber blasse Patientin	1. blond 2. — 3. — 4. — 5. grau	Ellenbogen, Kniee	Systol. Geräusch an der Spitze (anämisches)	—	—	—	—	—	—